

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 444

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LONGO, SCARPA, MESSINETTI, TOGNONI, ALBONI, BALCONI MARCELLA, BIAGINI, DI MAURO ADO GUIDO, FANALES, GIORGI, MONASTERIO, PASQUALICCHIO, SACCHI GIUSEPPE, ZANTI TONDI CARMEN, RAFFAELLI

Presentata il 19 settembre 1963

Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'ultimo anno di vita della passata legislatura è stato caratterizzato dalla acuta esplosione della crisi della situazione sanitaria del nostro Paese.

Mai forse l'Italia aveva visto manifestarsi in termini così clamorosi le contraddizioni accumulate per il gravissimo divario fra le accresciute esigenze della popolazione di una vera tutela della salute pubblica e l' inadeguatezza delle strutture sanitarie della nostra Nazione.

Anche se altri occasionali moventi sono stati volta a volta all'origine degli avvenimenti che più hanno colpito l'opinione pubblica, nella realtà queste contraddizioni che abbiamo indicato sono state la loro causa vera.

LA CRISI DELL'ORDINAMENTO SANITARIO ITALIANO.

Ci riferiamo alle note e ripetute agitazioni sindacali dei medici ospedalieri, le quali, ancorchè mosse dalle giuste rivendicazioni della stabilità di carriera e di un dignitoso trattamento economico, erano nel fondo

anche determinate dalla coscienza della gravità della scissione fra cultura ed esercizio professionale e fra le possibilità della scienza ed i limiti imposti dalla realtà degli ordinamenti ospedalieri italiani.

Identica cosa si può dire con tutta certezza delle acute vertenze insorte fra i medici e gli enti mutualistici, mentre non è certo un caso che siano scoppiati i più gravi scandali riguardanti i prodotti farmaceutici, proprio nel medesimo periodo di tempo delle agitazioni dei medici e dei più gravi episodi che hanno allarmato l'opinione pubblica a proposito del disservizio ospedaliero.

Il disordinato e squilibrato sviluppo della tutela sanitaria ed il caos degli ordinamenti e delle strutture che ne consegue hanno di certo offerto terreno fertile ai più gravi abusi nell'autorizzazione e nel controllo della fabbricazione dei farmaci fino alla circolazione e non in casi isolati, di composti nocivi che provocano gravi malformazioni iatrogene, mentre la colpevole connivenza degli organi di governo e di sottogoverno consente che il meccanismo di formazione dei prezzi dei medicinali, basato sulla moltiplicazione per

3 o per 3,5 dei costi dichiarati dagli industriali conduca ad un livello di caro-medicinali che fa vergogna al Paese e permette ai pirati della salute di rastrellare molte decine di miliardi di profitti illeciti.

PREOCCUPANTE QUADRO NOSOLOGICO.

Tutto ciò si produce in un periodo delicato della situazione sanitaria italiana, nella quale si intrecciano le malattie della miseria e le malattie del progresso, legate le prime alla permanenza di condizioni di vita arretrate di decenni e di secoli, le seconde all'uso incontrollato e distorto delle moderne tecniche ai danni dell'uomo.

Vengono denunciati ogni anno 20 mila casi di tifo addominale, ed i casi effettivi sono oltre 100 mila, dovuti all'inquinamento fecale degli alimenti ed alla mancanza di servizi igienici. Malattie infettive come la tubercolosi, la difterite, e la poliomielite colpiscono e distruggono ancora, mentre la scienza e l'organizzazione sanitaria moderna permetterebbero di farle scomparire.

Ma ora su queste malattie della miseria si aggiungono e tendono a prevalere le malattie tipiche di uno sviluppo economico che ignora l'uomo e di una produzione industriale basata sul profitto ad ogni costo.

La vita nelle grandi città rese inabitabili dalla speculazione edilizia diviene un fattore morbigeno; crescono le malattie nervose e mentali per i mille disagi e frustrazioni imposti da incongrui rapporti nel lavoro e nella vita sociale; ai molti agenti concerogeni ignoti se ne aggiungono altri che, pur essendo individuati nella loro nocività, vengono sparsi nell'aria, diffusi con i cibi, imposti agli operai nei procedimenti di lavorazione industriale.

Non intendiamo di certo dipingere un quadro di fosche tinte per velare o nascondere il fatto che negli ultimi anni un grande numero di cittadini, che prima ne erano sprovvisti, hanno conquistato una tutela sanitaria assicurativa (i lavoratori autonomi, in particolare) e che altri numerosi hanno ottenuto miglioramenti importanti delle loro prestazioni sanitarie (i lavoratori agricoli soprattutto).

ESTENSIONE CAOTICA DELLA TUTELA SANITARIA.

Ma queste estensioni quantitative della tutela sanitaria, a condizioni quasi sempre assai differenziate da categoria a categoria, pur rappresentando importanti conquiste, hanno determinato una espansione caotica

e tumultuosa che è fattore non secondario dello stato di crisi.

Nel 1961 i lavoratori dipendenti e indipendenti assicurati contro il rischio di malattia sono stati 42.285.000 mentre altri 3.301.000 cittadini sono stati assistiti dai Comuni, per cui 45.586.000 italiani cioè oltre il 90 per cento della popolazione ha acquisito la protezione sanitaria.

Ma, lasciamo il commento all'importante studio di G. Fuà e P. Sylos-Labini « Idee per la programmazione economica » nel quale vengono riferite le conclusioni del piano elaborato dalla P. R. E. S. per conto della Commissione nazionale per la programmazione economica: « *Le assicurazioni sociali contro il rischio di malattia nel 1961 hanno coperto tra soggetti assicurati ed assistiti, il 90 per cento della popolazione. La gestione dei servizi non è tuttavia soddisfacente, essendo affidata ad una pleora di enti di assicurazione ed assistenza, che seguono criteri difformi, con dispersione di energie e profonde sperequazioni e carenze.*

La copertura degli oneri finanziari è finora avvenuta con il metodo già criticato dei contributi assicurativi basati sui salari.

A fronte dello sviluppo quantitativo delle assicurazioni sociali non si è avuto un parallelo sviluppo ospedaliero: le attuali costruzioni ed attrezzature ospedaliere ed ambulatoriali sono per numero e qualità inferiori agli standards minimi stabiliti dall'Organizzazione mondiale della sanità e inadatte a garantire cure moderne ed efficaci ad ogni cittadino.

Si hanno inoltre carenze nell'igiene sociale e nella medicina preventiva, con particolari deficienze nella tutela dell'infanzia e della maternità, nella prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro e nell'assistenza sanitaria agli anziani.

Seri ostacoli all'estensione di una efficace protezione sanitaria a tutta la popolazione sono i prezzi molto elevati e le scarse garanzie di qualità dei medicinali, le carenze di personale sanitario, particolarmente sensibile nelle professioni ausiliarie e lo scadimento di talune legittime aspirazioni professionali del personale sanitario ».

LA III LEGISLATURA NON HA RISOLTO LA CRISI SANITARIA.

Questo grave stato di cose ha determinato, come s'è detto, l'insorgere di agitazioni, di proteste, di pressioni di massa, che hanno costretto convulsamente governo e Parla-

mento a discutere la complessa materia; ma le resistenze conservatrici ancora presenti nella maggioranza governativa ed il volgere alla fine dei lavori della III Legislatura hanno condotto al fallimento dei limitati e contraddittori tentativi di riordinamento del settore che cominciassero ad avvicinarsi alle linee di una autentica riforma del sistema sanitario.

La proposta di legge del Partito comunista italiano a firma dell'onorevole Longo ed altri sulla riforma ospedaliera, presentata il 21 luglio 1962, saldandosi all'agitazione dei medici aveva offerto una prima possibilità di sbocco positivo alle loro aspirazioni.

La spinta, così penetrata in Parlamento, delle categorie interessate e delle masse, aveva posto sotto accusa senza scampo il disegno di legge Giardina che, nella sostanza, negava la riforma ospedaliera, mirando a conservare gli ordinamenti della legge ospedaliera del 1938, solo trasferendoli entro la cornice del nuovo organo di governo nato nel frattempo: il Ministero della sanità.

La Commissione Sanità della Camera deliberava così nei suoi lavori del tardo autunno 1962 profonde modifiche al testo Giardina, accogliendo parte dei criteri contenuti nella proposta di legge Longo, non tuttavia in misura sufficiente, secondo il giudizio dei parlamentari comunisti.

Ma per sottolineare la maggiore urgenza degli aspetti rivendicativi essenziali sollevati dalle categorie mediche ed il carattere di premessa e spinta alla riforma che essi contengono, la stessa Commissione XIV (Sanità) della Camera volle operare uno stralcio dei soli articoli rivolti ad istituire la stabilità del lavoro degli aiuti e degli assistenti ospedalieri e la permanenza fuori ruolo dei primari fino al 70° anno di età.

La maggioranza governativa al Senato operò per insabbiare i due testi di legge, impedendo che divenissero norma giuridica efficace, per il sopraggiungere della fine della Legislatura.

La cosa è tanto più grave nei confronti della seconda delle due leggi, cui era stato dato il carattere di stralcio appunto per compendiarla in pochi articoli e consentirne la sollecita approvazione.

Tale responsabilità grave della maggioranza della Commissione del Senato è appena mitigata dal merito di quella stessa Commissione senatoriale di non aver voluto neppure iniziare l'esame dell'abberrante ultimo disegno di legge governativo della III Legislatura: *Provvedimenti per l'edilizia ospeda-*

liera nel quale si cercava di giustificare la vendita ai privati di beni demaniali (aree urbane e coste di interesse turistico) con l'asserita urgente necessità di costruire ospedali, mentre poi si stabiliva che il 50 per cento del ricavo netto dell'alienazione dei beni del Ministero della difesa veniva devoluto alla esecuzione di altre opere militari ed il 30 per cento del ricavo dell'alienazione dei beni del Ministero della Marina mercantile, alla esecuzione di opere portuali, mentre il resto, oltretutto alle costruzioni di ospedali, sarebbe dovuto servire anche al finanziamento (fino a copertura dell'intera spesa) delle istituzioni private di beneficenza. Cosicché l'alienazione di beni pubblici sarebbe servita infine ad incrementare anche patrimoni privati.

Le citazioni fatte non rispondono a secondari interessi di polemica: mirano a fotografare lo stato di cose su cui si è chiuso il sipario della III Legislatura per dare la prova del divario immenso che separava a quel momento i bisogni reali del Paese nel settore sanitario e la coscienza maturata e generalizzata dell'imperativa necessità di autentiche misure di riforme radicali nel settore, da un lato, e le resistenze conservatrici che avevano preso il sopravvento nella maggioranza e nel governo, dall'altro.

* * *

L'IDEA DELLA RIFORMA SANITARIA SI AFFERMA.

La lotta tra le forze che vogliono la riforma sanitaria e le forze che mirano ad ostacolarla è apertissima; ma molti fatti ci dicono che le idee riformatrici guadagnano terreno.

È sorto un « movimento degli ordini dei medici per la riforma sanitaria ». Le quattro Regioni a statuto speciale: Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige, cioè quattro importantissime strutture politiche dello Stato italiano si sono date convegno a Saint Vincent ed hanno prospettato in termini di riforma la soluzione del problema sanitario italiano.

L'Associazione aiuti e assistenti ospedalieri (A.N.A.A.O.) ha tenuto un convegno a Palermo nei giorni 7, 8 e 9 dicembre 1962, nel quale ha tra l'altro affermato: « Lo strumento indispensabile per l'attuazione dell'intero piano di riforma ospedaliera è la Regione in quanto dimensione fondamentale, non solamente territoriale, ma anche sociale, economica, tecnico-sanitaria ed amministrativa ».

L'Istituto nazionale di architettura (IN-ARCH.), ha organizzato nel febbraio 1963, la Conferenza nazionale dell'edilizia sotto il patronato del Consiglio superiore dei lavori pubblici ed ha dedicato i lavori di una sua Commissione non solo ai problemi dell'edilizia sanitaria, ma alle questioni degli ordinamenti sanitari ed ospedalieri in particolare ed alla loro riforma.

Infine la stessa Commissione nazionale per la programmazione economica ha provveduto a redigere attraverso la Società P. R. E. S. uno studio per la programmazione ospedaliera e ambulatoriale, nel quale si perviene a proposte organiche e dettagliate di riforma degli ordinamenti sanitari.

Forze politiche, scientifiche e tecniche di valore decisivo e la stessa Commissione nazionale per la programmazione, sembrano dunque concordi che la spesa sanitaria dovrà crescere nel volume e nella scala delle priorità, sia per costruire nuove attrezzature, sia per estendere le prestazioni.

IL COSTO FINANZIARIO, UMANO E SOCIALE DELLA MANCATA RIFORMA.

Soprattutto però le più qualificate rappresentanze scientifiche, tecniche e politiche, nelle sedi e nelle occasioni che abbiamo citato, sono state concordi nell'identificare due ipotesi di sviluppo del sistema sanitario italiano. Una prima ipotesi di evoluzione spontanea della prestazione sanitaria per semplice estensione graduale delle prestazioni terapeutiche a nuovi strati della popolazione e per completamento delle prestazioni alle categorie parzialmente protette. Una seconda ipotesi di nuova organizzazione di un Servizio sanitario nazionale in termini razionalizzati e unitari con riforma dell'ordinamento degli ospedali che li trasformi da enti di beneficenza in servizi pubblici organizzati su base regionale e con produzione statale di alcuni medicinali di base e di sostanze attive.

Nella prima ipotesi tutti concordano che la spesa sanitaria nazionale subirebbe al minimo una raddoppio perché inficiata da sprechi e sovrapposizioni; nel secondo caso la spesa sanitaria aumenterebbe di un terzo ed assicurerebbe la migliore qualità delle prestazioni.

Solo questo secondo onere sarebbe sopportabile dalla collettività e non il primo.

La riforma sanitaria perciò, oltreché a rispondere alle indicazioni del dettato costituzionale e della definizione di salute pubblica, data dalla Organizzazione mondiale della

sanità, ridurrebbe il costo finanziario, umano e sociale che il Paese paga, perché:

1°) consentirebbe di porre l'accento sulla prevenzione delle malattie, fin dalla prima infanzia e poi per l'intero arco della vita, ottenendo una riduzione dei casi morbosi, della loro durata e gravità, e quindi del costo delle prestazioni terapeutiche;

2°) il Servizio sanitario nazionale permetterebbe di ridurre le spese generali e amministrative e di utilizzare il personale sanitario nel modo più produttivo;

3°) la produzione statale dei medicinali di base permetterebbe di ridurre di almeno un terzo la spesa farmaceutica che è attualmente la più rilevante nei bilanci degli enti mutualistici.

Le più avanzate e importanti elaborazioni in materia di riforma sanitaria sono state realizzate dalla citata Conferenza nazionale dell'edilizia dell'In/Arch, che è pervenuta ad approvare un Codice delle attrezzature per l'assistenza sanitaria e dallo studio P. R. E. S. compiuto per conto della Commissione nazionale per la programmazione economica.

Vale anzi la pena di citare l'opera già richiamata di Fuà e Sylos-Labini, la cui importanza sta nel dichiarato carattere di anticipazione delle elaborazioni della Commissione nazionale per la programmazione economica e che riassume in questi termini le prospettive da aprirsi nel settore sanitario: « è necessaria l'istituzione di un servizio sanitario nazionale che assicuri una protezione sanitaria completa e gratuita a tutta la popolazione e un adeguato sviluppo in tutto il Paese di attrezzature sanitarie ed igieniche.

In particolare occorre accentuare il carattere preventivo dell'intervento sanitario al fine di combattere l'incidenza delle malattie di maggior rilievo sociale.

Ciò comporta il superamento del principio assicurativo e l'istituzione di un servizio sanitario gratuito a carattere nazionale, finanziato da tutti i cittadini, attraverso le imposte e gestito da un unico Ente pubblico che faccia capo al Ministero della sanità ed operi a livello locale attraverso le regioni, le province, ed i comuni.

L'OSPEDALE AL CENTRO DELLA RIFORMA SANITARIA.

Entrambi i documenti citati: quello dell'IN. ARCH. e quello della P. R. E. S. (che è base dello studio Fuà-Sylos Labini), pervengono a collocare, al centro del quadro della riforma prospettata, l'Ospedale come centro

tecnico-scientifico dell'attività terapeutica e della medicina preventiva nel suo territorio.

Vedasi al riguardo la definizione IN. ARCH « *L'Ospedale provvede alla completa tutela della salute della popolazione, a scopo sia curativo che preventivo, i suoi servizi esterni si estendono alla famiglia nell'ambiente in cui abita, esso è centro per completare e integrare la formazione di coloro che lavorano in campo sanitario, per ricerche bio-sociali, per l'educazione igienico-sanitaria della popolazione e per promuovere la difesa attiva della salute pubblica* ».

Questo concetto dell'ospedale, che lo pone al centro della riforma sanitaria e ne estende i compiti dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, fa sì che al limite non esista discontinuità tra medicina e urbanistica, tra medicina ed economia ma (relazione Vinci-guerra-IN. ARCH) « *incontra la resistenza della congerie delle strutture amministrative tecniche e sociali che il passato ci ha tramandato e sulle quali si sono venute contrappo-nendo per strati successivi le incrostazioni dei provvedimenti via via resisi necessari ed urgenti* ».

Oggi il cittadino è fin troppo protetto e non lo è abbastanza; ha intorno a se centinaia di Enti che sono solleciti della sua salute, ma al momento del bisogno, a volte, non se ne trova uno che sia competente; è attorniato da una rete di attrezzature tutte pronte a fargli e rifargli le stesse ricerche diagnostiche perchè l'una ignora l'altra e tutte, com'è ovvio, concordano nel diffidare dell'opera altrui; più Enti si interessano dello stesso cittadino, ma vi sono cittadini ignorati da chiunque; più Enti investono lo stesso territorio; ma vi sono aree completamente scoperte ».

Per questo l'IN.ARCH vede nell'ospedale lo strumento unitario della direzione sanitaria, purché sia aperto verso l'ambiente esterno attraverso le attrezzature per la prevenzione e la riabilitazione e attraverso la rete ambulatoriale che deve essere dipendente dall'ospedale competente per territorio e per specialità.

Strada maestra per questa realizzazione deve essere la pianificazione sanitaria da attuarsi nel quadro della pianificazione economica nazionale, attraverso i Piani regionali sanitari.

Si giunge così al centro di quella che per noi è la questione decisiva: l'istituzione dell'Ente Regione, il quale, è opportuno sottolinearlo di nuovo, per l'articolo 117 della Costituzione, ha potestà legislativa primaria in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e che, dotato dei necessari poteri, è l'organo della programmazione economica regionale, nel cui ambito la pianificazione sanitaria ed in primo luogo ospedaliera ha un posto di primo piano.

LA SITUAZIONE OSPEDALIERA ODIERNA.

Abbiamo già detto ampiamente quanto la situazione sanitaria italiana sia lontana dalla condizione ottimale auspicabile e possibile oggi per i livelli raggiunti dalla scienza e per i livelli di spesa non impossibili ad un'economia qual'è la nostra, purché vengano compiute le necessarie scelte di spesa pubblica rivolta ad ampliare i consumi sociali.

Ma è ancora necessario dare un quadro, sia pure assai sintetico, dello stato degli ospedali in Italia. Le cifre che riferiamo sono ricavate dall'Istituto centrale di statistica e si riferiscono al 31 dicembre 1959.

	OSPEDALI PUBBLICI			ISTITUTI DI CURA PRIVATI			TOTALE		
	Nu- mero	Posti letto	Quote per mille abitanti	Numero	Posti letto	Quote per mille abitanti	Numero	Posti letto	Quote per mille abitanti
Per acuti	1.231	228.425	4,52	814	34.714	0,69	2.045	263.139	5,21
Sanatoriali	156	48.321	0,97	112	18.658	0,37	263	66.979	1,34
Neuropsichiatrici	93	95.330	1,89	77	14.445	0,28	170	109.775	2,17
Totale	1.480	372.076	7,38	1.003	67.817	1,34	2.478	439.839	8,72

È naturale che si debba considerare solo momentaneamente accettabile la rete ospedaliera privata, come sussidiaria ed integrativa di quella pubblica, essendo evidente che il suo carattere privato e di lucro la rende incompatibile con la funzione di prevenzione, cura, riabilitazione che l'ospedale deve assolvere nella società.

Considerato che gli *standards* indicati come minimi dall'Organizzazione mondiale della sanità per l'Europa centrale sono di 6 posti letto ogni 1.000 abitanti per gli acuti,

3 posti letto per ogni 1.000 abitanti per le forme psichiatriche ed 1 posto letto ogni 1.000 abitanti per i lungodegenti appare come massimamente grave la nostra deficienza nel settore degli ospedali pubblici per acuti.

Ciò non tanto è affermato per l'eccessiva distanza del nostro quoziente di 4,52 dallo *standard* O.M.S. (che pure risale a valutazioni di parecchi anni fa), quanto per i gravissimi squilibri regionali che si costatano nel settore com'è dimostrato dalle seguenti cifre che non abbisognano di commenti.

REGIONI	Ospedali	Posti-letto	Quoziente per 1000 abitanti
Piemonte	151	20.619	5,45
Valle D'Aosta	4	378	3,74
Liguria	57	14.099	8,38
Lombardia	182	40.740	5,74
Trentino Alto Adige	23	3.951	5,07
Veneto	76	26.936	6,86
Friuli-Venezia Giulia	26	10.230	8,21
Emilia-Romagna	114	20.857	5,70
Marche	69	7.040	5,10
Toscana	91	19.494	5,93
Umbria	26	3.780	4,70
Lazio	83	15.469	4,10
Campania	78	11.761	2,47
Abruzzi e Molise	28	3.855	2,28
Puglia	69	9.154	2,64
Basilicata	6	968	1,45
Calabria	16	2.210	1,02
Sicilia	114	13.179	2,73
Sardegna	18	3.705	2,59
Nord	633	137.810	6,19
Centro	269	45.783	4,95
Sud	197	27.948	2,19
Isole	132	16.884	2,70
ITALIA	1.231	228.425	4,52

Quattro regioni sono prive di ospedali generali di 1^a categoria: Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Basilicata e Calabria.

Ospedali di prima categoria non esistono in 12 province su 40 nel Nord; in 12 province su 20 nel Centro, in 17 province su 20 nel Sud, ed in 8 province su 12 nelle Isole.

Tre province (Asti, Trento e Agrigento) non dispongono neppure di un ospedale di 2^a categoria.

Quattro regioni (Umbria, Abruzzi e Molise, Basilicata e Calabria) sono prive di ospedali specializzati.

Ventinove province (8 nel nord, 6 nel centro, 10 nel sud e 5 nelle Isole) sono prive di ospedali neuropsichiatrici.

Va aggiunto che nei 1.231 ospedali citati sono comprese 473 infermerie, fra le quali:

59 non effettuano alcun servizio ambulatoriale;

182 sono prive di qualsiasi apparecchio di radiodiagnostica;

205 sono prive di microscopio;

99 non dispongono di sala operatoria;

51 possono essere utilizzate solo con illuminazione diurna per mancanza di impianto elettrico;

239 sono prive di impianto per l'illuminazione ausiliaria e di emergenza.

Ma soprattutto deve esser notato che si tratta in generale di una rete ospedaliera straordinariamente vecchia poiché in due epoche principalmente si è concentrato il sorgere delle istituzioni ospedaliere italiane: negli anni pre-rinascimentali ed in quelli immediatamente seguenti la formazione dello Stato unitario.

Infatti il 12 per cento degli ospedali generali oggi in funzione è stato istituito entro il secolo XIV ed il 40 per cento nel XIX secolo, cosicché una larga parte del patrimonio ospedaliero italiano ha da molto tempo celebrato il centenario.

Una prima grave conseguenza nasce dal grave squilibrio nella distribuzione territoriale degli ospedali:

nel Nord abita il 44 per cento della popolazione, ma vi è il 60 per cento degli ospedali pubblici per acuti;

nel Centro abita il 18 per cento della popolazione, ma vi è il 20 per cento degli ospedali pubblici per acuti;

nel Sud abita il 25 per cento della popolazione, ma vi è il 12 per cento degli ospedali pubblici per acuti;

nelle Isole abita il 13 per cento della popolazione, ma vi è l'8 per cento degli ospedali pubblici per acuti.

Questo stato di cose conduce ad una vera e propria emigrazione della salute.

Una conseguenza ancora più grave deriva dal fatto che all'aumento del numero dei cittadini aventi diritto all'assistenza sanitaria assicurata ha corrisposto un bassissimo ritmo di sviluppo delle costruzioni ospedaliere nell'ultimo decennio.

In tale periodo sono stati portati in esercizio solo 0,15 posti letto ogni 1.000 abitanti, cifra questa insufficiente a fronteggiare l'aumento naturale della popolazione ed a sostituire le parti del patrimonio ospedaliero non più utilizzabili per vetustà.

Si è constatato quindi che:

nel 1954 quando disponevamo di 4 posti letto ogni 1000 abitanti vi si ricoveravano 58 abitanti ogni 1000 con un indice di affollamento del 63 per cento;

nel 1959 quando la disponibilità era salita appena a 4,52 posti letto ogni 1.000 abitanti, vi si ricoveravano però 83 abitanti ogni 1000 con un indice di affollamento superiore al 70 per cento.

Sulla base dei dati sopra riferiti e degli *standards* da raggiungere, il *deficit* ospedaliero italiano al 31 dicembre 1963 può essere valutato in 68.500 posti letto per acuti; 62.500 per forme neuropsichiatriche e 90.000 per lungodegenti, con un totale-*deficit* di 221.000 posti letto.

Lo stesso disegno di legge governativo dianzi citato «Provvedimenti per l'edilizia ospedaliera» valutava in 205 mila i posti letto mancanti comportanti un onere per la costruzione di 650 miliardi,

La Commissione edilizia sanitaria IN./ARCH. valuta a 190.000 il *deficit* di posti letto, con un onere di 1.300 miliardi, cifra assai più vicina al vero se si tiene conto che può essere calcolata in 3.300.000 lire la spesa di costruzione ed in 1.700.000 quella per l'arredamento e le attrezzature con un totale di 5 milioni per ogni posto letto.

È appena necessario enunciare il criterio che spese di questa portata possono solo essere affrontate dallo Stato.

Aggiungeremo solamente che la nostra proposta di legge contempla, ovviamente, lo scioglimento degli Enti e delle opere pie attualmente proprietari degli ospedali ed il trasferimento dei patrimoni di tali Enti alle regioni.

È chiaro che necessita una statistica precisa del valore di tutti questi patrimoni degli Enti e delle Opere pie e che occorre una valutazione di quale aliquota di tali patrimoni può essere alienata per trasformarla in moderne ed efficienti strutture ospedaliere.

In questo modo diverranno affrontabili anche le spese più elevate che, oggi enunciate, renderebbero più ardua la prospettiva di riforma.

Non è stato fatto ancora un calcolo della spesa occorrente per l'allestimento della rete ambulatoriale dipendente dagli ospedali, il corretto funzionamento della quale oltretutto avrebbe l'effetto di ridurre il periodo di degenza media degli assistiti negli ospedali stessi.

Nè è valutato l'onere necessario per allestire la rete indispensabile in un sistema sanitario moderno, di istituzioni affiliate agli ospedali, come i convalescenziari, i centri per la riabilitazione; gli istituti per minorati fisici, gli istituti per minorati psichici, i centri medici psico-pedagogici.

Infine bisogna partire praticamente da zero in Italia nell'assistenza agli anziani, per tutelare il 20-25 per cento dei quali nel citato rapporto Vinciguerra, si calcolano occorrenti istituti di ricovero, case-albergo, centri diurni di geriatria e di gerontologia per una spesa aggirantesi sui 1.400 miliardi.

CONCLUSIONI

È motivo di grande soddisfazione per noi constatare che gli studi compiuti recentemente da studiosi di ogni parte politica, pervenendo infine alla definizione dei nuovi ordinamenti ospedalieri che debbono presiedere alla gestione delle strutture previste dai piani regolatori ospedalieri regionali, suggeriscono soluzioni del tutto analoghe ed in certe parti persino identiche a quelle che già aveva indicato la proposta di legge Longo del 21 luglio 1962.

La presente proposta di legge rappresenta la prosecuzione nella IV Legislatura di quella citata proposta di legge n. 3999 della III Legislatura, Longo ed altri: « Norme generali per l'ordinamento sanitario tecnico ed amministrativo degli ospedali pubblici e del personale sanitario », con l'aggiunta che oggi essa non è più solamente la posizione di una parte politica, sia pure affiancata dalle più avanzate forze fautrici della riforma sanitaria: oggi essa (opportunitamente migliorata) rappresenta la piena traduzione in proposta legislativa delle posizioni di quelle forze che hanno inteso nei termini più coraggiosi ed avanzati il significato della programmazione e gli hanno dato traduzione sul terreno della pianificazione sanitaria che è fra le più urgenti per il Paese.

Appunto per questo la presente proposta definisce (a differenza della precedente) solo in termini regionali il servizio ospedaliero, per fondarlo su quei piani sanitari regionali che sono base della programmazione nel settore della salute pubblica.

Il coordinamento nazionale dei vari piani sanitari regionali appare ai presentatori della proposta di legge in tutta la sua importanza e per questa ragione essi suggeriscono una più adeguata strutturazione della Sezione ospedaliera del Consiglio superiore di sanità (rispetto a quella definita dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 25

agosto 1961) ed una più efficace definizione dei suoi compiti.

Superflua appare ai presentatori una nuova illustrazione dei contenuti della proposta di legge. Essa affida alla sola Regione la direzione ospedaliera, la redazione e realizzazione del piano regolatore ospedaliero regionale; mentre l'amministrazione di ogni singolo ospedale è di estrazione locale (comunale, intercomunale con nomina della Amministrazione Provinciale). Una novità importante è costituita dalla assimilazione degli Istituti neuropsichiatrici a tutti gli altri ospedali specializzati, e ciò per affermare che i disordini mentali sono malattie come tutte le altre, la loro cura ricade nei compiti degli enti mutualistici e le conseguenze giudiziarie finora da esse derivanti, vanno assolutamente abolite.

Per maggiore garanzia che le rette ospedaliere non abbiano assolutamente quel carattere onnicomprensivo che è stato in passato l'espedito per esonerare lo Stato dai suoi obblighi nella spesa ospedaliera, un apposito articolo è stato dedicato alla definizione della loro strutturazione e del modo di loro approvazione.

I capitoli della proposta di legge, relativi allo stato giuridico del personale, riproducono esattamente quelli già contenuti nella proposta n. 3999 della III Legislatura con l'istituzione del tempo pieno per tutti i medici ospedalieri, stabilità anche per gli aiuti e gli assistenti, e la permanenza in servizio fino al 65° anno di età.

Onorevoli colleghi, nessuno di noi si potrà sottrarre alla imperativa esigenza che la attuale IV Legislatura repubblicana assolva al compito di attuare quella riforma sanitaria che è maturata nella coscienza del Paese in termini così impetuosi e non eludibili da assumere forme di pressione e di lotta concreta delle masse. La riforma ospedaliera è uno dei primi passi, fra i più importanti, che occorre compiere per giungere all'istituzione di un moderno servizio sanitario nazionale.

Noi confidiamo di avere fatto opera positiva utile e propulsiva redigendo il testo che ci onoriamo di sottoporre alla Camera, il quale sarà certamente ancora carico di lacune ed imperfezioni, ma è sicuramente percorso dalla più avanzata volontà rinnovatrice che oggi anima le forze fautrici della riforma sanitaria.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I.

NORME GENERALI

ART. 1.

L'assistenza ospedaliera è esercitata nell'ambito di ciascuna regione secondo le norme emanate dai Consigli Regionali nel quadro della presente legge.

Tutti i cittadini italiani hanno diritto di essere ammessi, curati e assistiti negli ospedali della Repubblica.

Le spese sostenute per l'assistenza ospedaliera, qualora non vi provvedano altri Enti obbligati per legge o non vi provvedano gli interessati o i loro familiari sono poste a carico del bilancio della Regione ove il cittadino ha eletto legale domicilio negli ultimi due anni precedenti la data del ricovero ospedaliero.

Tutti gli istituti di cura, dipendenti da Enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia l'ordinamento di detti enti e l'ambito territoriale nel quale essi operano, passano alle dipendenze della amministrazione della Regione nella cui circoscrizione sono compresi.

ART. 2.

L'assistenza agli ammalati di mente nonché l'azione preventiva, curativa e di recupero sociale nel campo delle malattie mentali è compito delle Regioni. Gli istituti psichiatrici e i centri specializzati per le malattie mentali sono classificati secondo le norme della presente legge come ospedali specializzati. Apposite norme saranno emanate per regolare l'assistenza psichiatrica e il coordinamento nazionale di essa. Tali norme dovranno in ogni caso rispettare la competenza esclusiva della Regione in materia di assistenza sanitaria.

ART. 3.

L'alta sorveglianza e il coordinamento nazionale nonché ogni altra attribuzione concernente la disciplina, le norme e gli indirizzi generali in materia di igiene e tecnica ospedaliera, sviluppo scientifico, organizzazione, distribuzione territoriale e disciplina nazionale degli ospedali e quanto altro contribuisce al potenziamento del servizio ospedaliero per i fini di cui all'articolo 35 della Costituzione

spettano al Ministro della sanità e sono esercitati con l'ausilio del Consiglio superiore di sanità nel rispetto delle competenze della Regione in materia di assistenza ospedaliera.

ART. 4.

In seno al Consiglio superiore di sanità è istituita una apposita sezione per il servizio ospedaliero della quale fanno parte:

gli assessori regionali alla Sanità;

dieci rappresentanti delle Confederazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;

cinque rappresentanti dei medici designati dalle organizzazioni professionali e sindacali;

un rappresentante per ciascun Ministero dell'interno, dei lavori pubblici, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e delle finanze;

cinque rappresentanti degli Enti di previdenza designati dal Ministro del lavoro e la previdenza sociale;

il direttore generale del servizio ospedaliero del Ministero della sanità.

ART. 5.

Sono compiti della Sezione per il servizio ospedaliero:

a) la predisposizione dei regolamenti relativi al proprio funzionamento e alla amministrazione dei fondi;

b) l'indicazione del fabbisogno minimo nazionale dei posti letto negli ospedali pubblici;

c) il parere sui programmi ospedalieri presentati dalle singole regioni e sui piani finanziari per la loro attuazione nonché l'attribuzione dei fondi occorrenti alle singole Regioni;

d) la definizione delle norme tecniche e delle direttive di carattere generale in materia di edilizia ospedaliera, conduzione tecnico-sanitaria degli istituti ospedalieri, unificazione dei presidi ospedalieri, gestione amministrativa e patrimoniale;

e) la definizione dei regolamenti di attuazione della presente legge e ogni altro atto del Ministero della sanità o del Governo che interessi il servizio ospedaliero.

Gli atti della Sezione sono approvati dal Ministro della sanità con proprio decreto.

TITOLO II.

IL SERVIZIO OSPEDALIERO REGIONALE

ART. 6.

In ciascuna Regione è costituito, con deliberazione della Giunta regionale un Comitato ospedaliero regionale, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità e composto:

dal direttore regionale del servizio ospedaliero;

dagli assessori alla sanità delle province della Regione o dai consiglieri provinciali appositamente delegati in rappresentanza di ciascuna provincia;

da un funzionario direttivo esperto in ingegneria sanitaria nominato dall'amministrazione regionale dei lavori pubblici;

da tre membri laureati in medicina e chirurgia esperti in questioni ospedaliere designati dalle organizzazioni professionali e sindacali dei medici della Regione;

da cinque membri in rappresentanza dei lavoratori designati dalle organizzazioni regionali dei lavoratori.

ART. 7.

Compiti del comitato ospedaliero regionale sono:

predisporre, per l'approvazione del Consiglio regionale, il bilancio del servizio ospedaliero regionale sulla base dei preventivi proposti dagli ospedali della regione e del consuntivo dell'esercizio precedente.

sovrintendere alla gestione del servizio ospedaliero regionale e proporre a mezzo dell'assessore alla giunta i provvedimenti che ritiene necessari per assicurare il buon andamento della gestione.

ordinare le inchieste e le ispezioni che ritiene necessarie per la migliore conoscenza e per la giusta condotta del servizio;

sovrintendere alla formazione del piano regolatore regionale e al suo adeguamento, proporre la classifica degli ospedali, la qualificazione e l'ampliamento di quelli esistenti e la istituzione dei nuovi secondo il piano regolatore approvato;

provvedere all'esecuzione delle opere; agli acquisti e alle somministrazioni di sua competenza;

approvare i regolamenti e le piante organiche del personale e i regolamenti di gestione degli ospedali;

promuovere le iniziative atte alla qualificazione e all'aggiornamento professionale di tutto il personale del servizio;

predisporre gli atti necessari per l'espletamento dei concorsi regionali per la copertura dei posti che si rendono vacanti o di quelli di nuova istituzione.

ART. 8.

Il Comitato ospedaliero regionale esercita le sue funzioni attraverso una Direzione regionale del servizio ospedaliero che provvede, secondo il regolamento proposto dal Comitato regionale ospedaliero e approvato dal Consiglio regionale, alla direzione tecnico-sanitaria del servizio ospedaliero regionale.

ART. 9.

La Direzione regionale è affidata ad un direttore regionale nominato per concorso pubblico nazionale al quale sono ammessi i direttori degli ospedali, gli addetti alle direzioni ospedaliere regionali con la qualifica di vice-direttore e gli assistenti universitari delle cattedre d'igiene, docenti in igiene, sanità pubblica, igiene e tecnica ospedaliere, medicina sociale.

ART. 10.

I concorsi nazionali per direttore regionale del Servizio ospedaliero sono per titoli, ed esami.

Gli esami debbono accertare la preparazione scientifica e professionale dei candidati nelle materie interessanti il servizio ospedaliero.

ART. 11.

Le Commissioni di concorso, nominate dalla Giunta regionale sono composte:

a) dall'assessore regionale o da un suo delegato in qualità di presidente;

b) da un professore ordinario di igiene nelle Università, designato dal comitato ospedaliero regionale;

c) da un professore della facoltà di ingegneria e di architettura o da un docente ordinario di ingegneria sanitaria;

d) da 3 esperti di amministrazione sanitaria designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;

e) da un funzionario del Ministero della sanità.

ART. 12.

I posti vacanti di direttore regionale del servizio ospedaliero possono essere ricoperti per chiamata dai direttori regionali in ser-

vizio che ne facciano domanda, sulla base dei titoli scientifici, professionali e di carriera.

La nomina per chiamata del direttore regionale è fatta dalla Giunta regionale sentito il Comitato regionale ospedaliero.

ART. 13.

La Direzione regionale ha un organico approvato dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero e comprendente vice-direttori e ispettori sanitari nonché i servizi necessari per assicurare il buon funzionamento e la efficienza tecnica di tutto il servizio ospedaliero della Regione, tra cui un servizio tecnico al quale deve essere preposto un funzionario laureato in ingegneria o in architettura specializzato in ingegneria sanitaria o materia affine.

I posti di organico della direzione regionale sono attribuiti per concorso pubblico per titoli ed esami al quale sono ammessi tutti i direttori degli ospedali della Regione, gli assistenti delle cattedre di igiene delle università, provvisti della specializzazione in igiene e sanità pubblica, igiene e tecnica ospedaliera e, per i posti per i quali è richiesto, gli assistenti delle cattedre di ingegneria con specializzazione in ingegneria sanitaria.

TITOLO III.

IL PIANO REGOLATORE OSPEDALIERO REGIONALE

ART. 14.

Tutti gli istituti ospedalieri pubblici compresi nella circoscrizione regionale sono classificati secondo un piano regolatore regionale adottato dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero regionale.

Alla formazione del piano partecipano i consigli comunali e provinciali, competenti per territorio in ciascuna regione.

In base alle indicazioni fornite dalla Regione le giunte provinciali invitano i comuni a formulare le proposte che vengono coordinate e incluse in una bozza di piano provinciale.

La bozza di piano viene sottoposta al parere delle rappresentanze dei consigli comunali interessati, convocate dal Presidente della Giunta provinciale e agli organi sanitari istituiti per legge, nel territorio della provincia.

La bozza di piano così elaborata viene sottoposta al Consiglio provinciale che la approva e la trasmette alla regione.

Le decisioni della Regione, in sede di definitiva adozione del piano devono essere comunicate agli organi locali interessati nella fase di preparazione del piano.

ART. 15.

Il piano regolatore ospedaliero deve prevedere:

a) la ripartizione del territorio regionale in circoscrizioni ospedaliere tenuto conto della distribuzione della popolazione, delle condizioni nosologiche, della caratterizzazione delle attività economiche, dell'orografia e dello sviluppo della rete di comunicazioni;

b) la determinazione delle aree di influenza degli istituti ospedalieri e la loro classificazione in base alle norme della presente legge;

c) la indicazione delle trasformazioni ed ampliamenti necessari per adeguare la capacità e la funzione degli ospedali alle indicazioni del piano, nonché degli impianti scientifici e tecnici e delle attrezzature ospedaliere.

d) la indicazione delle località nelle quali costruire i nuovi ospedali;

e) il quantitativo di personale sanitario di assistenza e tecnico sanitario per il funzionamento degli ospedali;

f) il programma finanziario relativo al piano ospedaliero.

ART. 16.

Il piano regolatore regionale di cui all'articolo 15 deve essere comunicato al Ministro della sanità che può rinviarlo alla Regione con le osservazioni del Consiglio superiore di sanità entro trenta giorni dal ricevimento. Il Consiglio regionale, qualora non ritenga di uniformarsi alle osservazioni del Ministro deve adottare entro trenta giorni una nuova deliberazione a maggioranza assoluta di voti. La nuova deliberazione può essere annullata, nelle forme di legge solo per illegittimità; nel termine di trenta giorni dalla sua adozione.

ART. 17.

Entro 5 anni dall'entrata in vigore della presente legge in tutte le Regioni del territorio della Repubblica dovranno essere create unità ospedaliere ed istituiti adeguati posti letto fino a raggiungere gli indici minimi di 5 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali

generali, 1 posto-letto per 1.000 abitanti negli ospedali specializzati, 3 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali neuro-psichiatrici, 1 posto-letto per 1.000 abitanti negli ospedali per lungo-degenti.

Con decreto del Ministro della sanità sentito il Consiglio superiore di sanità (sezione per il servizio ospedaliero) sono fissati gli ulteriori indici minimi nazionali dei posti-letto.

ART. 18.

Gli ospedali pubblici inclusi nel piano assolvono alla funzione di centro dirigente del servizio sanitario a livelli ugualmente qualificati in tutto il territorio della Nazione.

Essi provvedono al ricovero e alle cure medico-chirurgiche e specialistiche dei cittadini senza limitazione alcuna di prestazioni e medicinali, contribuiscono alla ricerca scientifica e alla preparazione professionale dei medici ed all'addestramento tecnico del personale addetto ai servizi ospedalieri, provvedono alla educazione igienico sanitaria e promuovono iniziative dirette alla formazione della coscienza sanitaria dei cittadini, provvedono all'attuazione dei programmi ad essi demandati per la difesa attiva della salute pubblica.

ART. 19.

Gli ospedali pubblici si distinguono in:
ospedali generali per cura degli infermi di forme acute;

ospedali specializzati per la cura degli infermi di malattie comprese in una sola specialità sia di forma acuta che di lunga degenza;

Sono compresi tra questi gli ospedali psichiatrici, gli ospedali pediatrici, gli ospedali per malattie contagiose, gli ospedali sanatoriali e simili, i convalescenziari e gli ospedali geriatrici.

ART. 20.

Gli ospedali sia generali che specializzati sono costituiti da reparti, divisioni, sezioni, istituti, centri, servizi, scuole.

La Regione, secondo la sua competenza fissa i criteri per la organizzazione interna degli ospedali secondo le determinazioni contenute nel piano regolatore ospedaliero in modo da garantire la massima efficienza ed economicità dei servizi e la piena utilizzazione del personale.

ART. 21.

Gli ospedali pubblici generali si classificano in:

- ospedali centrali;
- ospedali circoscrizionali;
- ospedali.

ART. 22.

Sono ospedali centrali gli istituti ospedalieri clinicizzati e quelli dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria, oculistica, otorinolaringoiatria, dermosifilopatia, urologia, ortopedia e traumatologia, neurologia, odontoiatria e stomatologia, geriatria, malattie infettive, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano altre istituzioni locali specificamente indicate dal piano;

b) un reparto di accettazione;

c) distinti istituti di radiologia, fisioterapia, ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, anatomia patologica, poliambulatorio, pronto soccorso, raccolta e smistamento, recupero ed educazione funzionale, anestesia, rianimazione e trasfusione;

d) distinti servizi di farmacia e di dietetica;

e) scuole per infermieri generici e diplomati e per tecnici.

ART. 23.

Gli ospedali circoscrizionali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, di chirurgia, di ostetricia-ginecologia, di pediatria, di otorinolaringoiatria, di ortopedia e traumatologia;

b) un reparto di accettazione;

c) distinti Istituti di radiologia, di anatomia patologica, di ricerche cliniche microbiologiche, di poliambulatorio, di pronto soccorso raccolta e smistamento, di anestesia rianimazione e trasfusione, di recupero ed educazione funzionale;

d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;

e) una scuola per infermieri generici.

ART. 24.

Gli ospedali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, di chirurgia, di ostetricia-ginecologia e di pediatria;

b) distinti Istituti di radiologia, di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di poliambulatorio;

c) di un reparto di pronto soccorso e accettazione.

In ogni caso un ospedale deve essere dotato almeno di 120 letti che corrispondono grosso modo ad un *hinterland* di 30.000 abitanti.

ART. 25.

Gli ospedali pubblici specializzati si classificano in:

- ospedali di 1^a categoria;
- ospedali di 2^a categoria.

ART. 26.

Gli ospedali pubblici specializzati di 1^a categoria sono quelli dotati di un minimo di 240 e un massimo di 600 posti-letto.

Essi debbono avere:

- a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti;
- b) distinti Istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, di pronto soccorso raccolta e smistamento e, ove occorra, di fisioterapia, di recupero ed educazione funzionale, di anestesia, rianimazione e trasfusione;
- c) un reparto di accettazione;
- d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;
- e) scuole distinte per infermieri generici e per tecnici.

ART. 27.

Gli ospedali specializzati di 2^a categoria sono quelli dotati di un numero di letti compresi fra 80 e 240 e debbono avere:

- a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti;
- b) distinti istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, e ove occorra, di fisioterapia recupero ed educazione funzionale, di anestesia, rianimazione e trasfusione;
- c) un reparto di pronto soccorso ed accettazione;
- d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;
- e) scuola per infermieri, generici.

ART. 28.

A fianco o alle dipendenze degli ospedali generali centrali e circoscrizionali e degli ospedali specializzati di 1^a categoria deb-

bono essere istituiti particolari edifici destinati al ricovero dei malati lungodegenti. Tali edifici devono essere in grado di ospitare almeno una divisione di ricoverati.

ART. 29.

I convalescenziari debbono essere istituiti da tutti gli ospedali generali centrali e circoscrizionali e dagli ospedali specializzati di 1^a categoria, quali istituti che oltre al consolidamento della guarigione clinica debbono provvedere all'educazione del malato per la prevenzione da ricadute. Per assolvere a tali finalità, i convalescenziari debbono disporre di almeno due sezioni, nonché di sale di ricreazione, di refettori e di aree libere sistemate a giardino.

TITOLO IV

L'AMMINISTRAZIONE DEGLI OSPEDALI

ART. 30.

La vigilanza sull'andamento della gestione e sull'efficienza della assistenza ospedaliera è esercitata dal Comune.

Per gli ospedali la cui area di influenza, determinata secondo la lettera b) dell'articolo 15, comprenda più comuni, la vigilanza è esercitata dall'Assemblea del Consorzio dei comuni interessati.

ART. 31.

Ogni ospedale generale o specializzato ha una amministrazione propria esercitata dal Consiglio di amministrazione secondo le norme emanate dalla Regione con apposito regolamento.

I consigli di Amministrazione degli ospedali compresi nella circoscrizione amministrativa della Provincia, sono nominati dal Consiglio provinciale nella seduta immediatamente successiva a quella in cui sono eletti gli organi della provincia dopo ogni consultazione elettorale ed hanno di norma la stessa durata del Consiglio provinciale.

Possono essere rinnovati interamente o parzialmente, prima della scadenza con deliberazione motivata dal Consiglio provinciale. Le deliberazioni concernenti la nomina la sostituzione e la parziale rinnovazione dei Consigli ospedalieri debbono essere comunicate entro 8 giorni al Comitato regionale ospedaliero.

ART. 32.

Fanno parte del Consiglio di Amministrazione:

- a) il direttore sanitario;
- b) un medico ospedaliero designato dal corpo sanitario dell'ospedale;
- c) un dipendente ospedaliero non sanitario designato dal restante personale;
- d) quattro cittadini, in possesso dei requisiti di cui alle leggi elettorali vigenti e iscritti nelle liste elettorali dei comuni della provincia, designati dal consiglio comunale o dall'assemblea del consorzio dei comuni interessati;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;
- f) il presidente, nominato dal Consiglio provinciale con atto distinto da quello che nomina il Consiglio.

ART. 33.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ospedaliero:

- a) propone il regolamento di gestione;
- b) propone il regolamento e la pianta organica del personale ed assume e licenzia il personale salvo quanto disposto dalla presente legge per il personale sanitario;
- c) predispone il bilancio di previsione e approva il bilancio consuntivo;
- d) provvede alla gestione dei fondi;
- e) redige annualmente, entro il 30 settembre di ogni anno i programmi di intervento straordinario per l'adeguamento delle attrezzature, dei locali, della organizzazione e del funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- f) dispone le spese straordinarie occorrenti, già previste in bilancio o con la utilizzazione dei fondi disponibili senza apportare variazioni alle risultanze finali del bilancio approvato;
- g) ordina le spese occorrenti al funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- h) autorizza il presidente alla firma dei contratti e a stare in giudizio nell'interesse dell'Ente;
- i) promuove la classificazione dell'ospedale e propone i provvedimenti per adeguarne le caratteristiche a quelle volute dalla legge.

ART. 34.

La vigilanza ed il controllo sugli atti delle amministrazioni ospedaliere è esercitata da un apposito comitato ospedaliero provinciale nominato dal consiglio provinciale e presie-

duto dal Presidente della Giunta o da un assessore delegato. Del comitato ospedaliero fanno parte:

1°) il medico provinciale, direttore dell'ufficio sanitario provinciale;

2°) un funzionario direttivo della carriera amministrativa dell'amministrazione provinciale;

3°) due laureati in medicina e chirurgia particolarmente esperti in materia ospedaliera designati dalle associazioni sindacali;

4°) quattro membri esperti designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori.

Gli atti del Comitato ospedaliero provinciale debbono essere comunicati all'amministrazione ospedaliera interessata e contemporaneamente al Comitato regionale ospedaliero.

ART. 35.

Gli Enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia il loro ordinamento e l'ambito territoriale nel quale operano da cui dipendono gli istituti di cura di cui all'articolo 14 sono disciolti.

Il patrimonio funzionale, i beni di qualsiasi natura e le rendite di detti Enti passano all'amministrazione regionale che provvede anche alla assunzione di tutte le passività e degli obblighi previsti nelle tavole di fondazione e negli statuti degli Enti disciolti. Le attività e ogni altro provento derivante dall'alienazione dei beni dei disciolti Enti devono essere destinate all'incremento, sviluppo ed efficienza della rete ospedaliera.

TITOLO V.

FINANZIAMENTO

ART. 36.

È istituito un fondo nazionale per il finanziamento della costruzione, ampliamento, ammodernamento degli ospedali e delle relative attrezzature.

Il fondo è alimentato dal gettito delle imposte di cui all'articolo 92 della presente legge e da un contributo annuale dello Stato, stanziato sul bilancio del Ministero della sanità. La gestione del fondo è affidata ad un comitato nominato con decreto del Presidente della Repubblica, e composta da:

un membro nominato dal Ministro per la sanità (presidente);

un membro nominato dal Ministro del bilancio;
un membro nominato dal Ministro delle finanze;
un membro nominato dal Ministro del tesoro;
cinque membri in rappresentanza delle Regioni nominati dai Presidenti delle Giunte regionali appositamente riuniti.

ART. 37.

I piani regolatori ospedalieri adottati dai Consigli regionali costituiscono il piano regolatore ospedaliero nazionale e sono ammessi al finanziamento del fondo secondo un programma approvato dal Ministro della sanità su parere del Consiglio superiore (sezione per il servizio ospedaliero) e rispettando parametri proporzionali alla differenza tra i posti letto esistenti in ciascuna regione e l'indice minimo nazionale fissato dalla legge.

I finanziamenti del fondo sono disposti annualmente in tempo utile per approntare i programmi di attuazione del piano ospedaliero nelle singole regioni e sono subito accreditati alla amministrazioni regionali.

ART. 38.

In ogni Regione è istituito un fondo per la gestione del servizio ospedaliero nell'ambito della circoscrizione regionale.

Il fondo è alimentato:

dai contributi accreditati dal fondo nazionale per il finanziamento dei programmi di costruzione, ammodernamento e qualificazione degli ospedali e delle relative attrezzature.

dalle rette corrisposte dagli istituti mutualistici in ragione della presenza degli assistiti negli ospedali della regione;

dalle somme stanziare sui bilanci della regione per l'assistenza ospedaliera;

dai fondi integrativi stabiliti dalle leggi regionali.

ART. 39.

Le rette ospedaliere sono determinate annualmente, in ciascuna regione, dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero regionale all'atto dell'approvazione del bilancio del servizio ospedaliero.

Ai fini della determinazione della retta per ogni singolo ospedale si deve tener conto esclusivamente delle seguenti componenti del

costo di gestione come risultano dai consuntivi approvati per l'anno precedente e quello cui si riferiscono le rette:

- a) le spese di personale;
- b) le spese di vitto;
- c) le spese per la somministrazione dei farmaci e per i consumi di materiali di medicazione;
- d) una quota delle spese occorrenti per la provvista e il rinnovo del guardaroba;
- e) una quota di spese generali non superiore al 5 per cento delle somme risultanti dalle spese di cui alle lettere a), b) e c).

ART. 40.

La gestione del fondo è affidata ad un comitato nominato con decreto del presidente della Regione, composta da:

- 2 consiglieri regionali designati dal Consiglio regionale;
- 1 funzionario della ragioneria del Consiglio regionale;
- 1 funzionario dell'Ufficio Regionale del Commissario di Governo;
- 1 rappresentante degli ordini e associazioni professionali dei medici della regione;
- 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori.

Il presidente è nominato tra i consiglieri designati dal Consiglio regionale.

ART. 41.

I fondi a disposizione della Regione per il servizio ospedaliero e per la sua gestione debbono essere accreditati ai singoli enti ospedalieri:

- a) per la costruzione, ammodernamento e qualificazione degli ospedali e per le relative attrezzature al momento dell'approvazione dei progetti e delle perizie di spese;
- b) per la gestione al momento della comunicazione dei bilanci approvati dai comitati provinciali.

La somministrazione può essere disposta con ratei anticipati non inferiori ad un quarto della somma accreditata.

ART. 42.

L'accettazione degli infermi deve effettuarsi secondo le norme di legge e del regolamento interno di ciascuna Amministrazione ospedaliera. Il ricovero è fatto, di regola, dal medico di guardia dell'ospedale territoriale più vicino al domicilio del malato, sotto la

diretta vigilanza e il controllo del direttore sanitario, che risponde alla Autorità sanitaria provinciale nei riguardi tecnici.

ART. 43.

Gli ammalati entrati nell'ospedale territoriale o in qualsiasi altro, se l'ospedale non è attrezzato, debbono essere trasferiti o in ospedale specialistico o in ospedale superiore. Nessun limite deve essere posto alla richiesta di trasferimento promossa dall'ammalato o dal suo rappresentante legale.

ART. 44.

La dimissione dei ricoverati è decisa dal primario e comunicata al direttore sanitario. In caso di lunga degenza di ammalati, il direttore sanitario ha l'obbligo di verificare la necessità della prolungata assistenza ospedaliera.

Nel caso di dimissione volontaria da parte del malato o del suo rappresentante legale, quando l'ammalato non sia guarito, il primario deve ammonire gli interessati sul pericolo in cui il malato incorre, redigendone apposito verbale ed esigendo che sia firmato dal dimissionario o dal suo rappresentante.

È facoltà del primario disporre che l'attività ospedaliera prosegua con visite domiciliari dei dimessi per seguire le sindrome morbose con tendenze recidive.

ART. 45.

In ogni ospedale è istituito un Collegio sanitario con funzioni di consulenza tecnica dell'amministrazione e della direzione sanitaria. Ne fanno parte i primari di ruolo e quelli incaricati in servizio presso l'Istituto, un rappresentante degli aiuti e uno degli assistenti.

Il direttore sanitario presiede il Collegio dei primari.

È facoltà del presidente del Consiglio di amministrazione intervenire alle riunioni. Il Collegio sanitario ha i seguenti compiti:

a) esprimere parere sulle attribuzioni di compiti, incarichi e conferme al personale sanitario;

b) avanzare proposte di innovazioni, acquisto di materiale e attrezzature tecniche e scientifiche per aggiornare l'ospedale alle tecniche più avanzate;

c) esprimere parere sulle tariffe delle prestazioni sanitarie (ambulatoriali, operatorie e dei paganti in proprio) e sulle convenzioni sanitarie che l'istituto ospedaliero contrae con i vari Enti:

d) esprimere parere su ogni eventuale questione che il Consiglio di amministrazione e la Direzione sanitaria intendano sottoporgli.

ART. 46.

Il riscontro diagnostico dei deceduti negli ospedali viene eseguito su richiesta del primario o per decisione autonoma del primario anatomo-patologico, ferme restando le altre disposizioni della legge 15 febbraio 1961, n. 83. Il sanitario che procede a detta indagine deve redigere apposita relazione da inviarsi al direttore sanitario, che ne dà comunicazione al primario e deve assicurarsi che la diagnosi anatomica sia trascritta sulla cartella clinica. Quando venga accertata una diagnosi differente da quella fatta in vita e riportata nella scheda di morte, il direttore sanitario deve curare che venga apportata la necessaria rettifica, con nota a parte, della scheda di morte.

TITOLO VI.

PERSONALE

CAPO I.

GENERALITÀ

ART. 47.

Negli Istituti ospedalieri il personale sanitario è costituito da medici e farmacisti.

Il personale medico di ruolo si distingue in due gruppi:

— uno con funzioni igienico-direttive, costituito da: sovrintendenti sanitari, direttori sanitari, vicedirettori sanitari;

— l'altro con funzioni diagnostico-terapeutiche, costituito da: primari, aiuti, assistenti.

I medici ospedalieri di ruolo prestano servizio secondo i criteri del « pieno tempo »; essi cioè sono tenuti ad osservare regolarmente gli orari ed i turni stabiliti per le varie categorie, non possono occupare altri posti di ruolo presso Enti pubblici, non possono assumere incarichi professionali di alcun tipo, neanche ad orario ridotto, con gli istituti previdenziali e mutualistici, non possono costituire rapporti professionali con case di cura private, nè gestirle, dirigerle o partecipare alla loro gestione. Il personale medico di ruolo è autorizzato ad esercitare una limitata attività libero-professionistica al di fuori

degli orari di lavoro, ma non potrà tuttavia stipulare convenzioni di alcun tipo con istituti mutualistici o previdenziali. I medici allievi interni prestano un servizio sussidiario a rotazione biennale.

Il personale laureato in farmacia si distingue in direttore di farmacia, vice-direttore, farmacista.

ART. 48.

Il personale dei servizi tecnici e di assistenza è costituito da: assistente sanitaria, ispettore e gradi equiparati, capi sala, capo ostetrica, tecnici di laboratorio e di radiologia e gradi equiparati, infermiere professionali e gradi equiparati, infermieri generici, inservienti.

ART. 49.

Il personale dei servizi di amministrazione è inquadrato nella carriera del personale amministrativo a seconda del titolo di studio richiesto.

ART. 50.

Il personale addetto ai servizi generali va anch'esso inquadrato in luogo a seconda del tipo di specializzazione o qualifica richiesto.

ART. 51.

Lo stato giuridico ed economico del personale dipendente amministrativo, di assistenza e dei servizi generali degli ospedali civili è disciplinato da uno speciale regolamento, con allegata pianta organica, alla formulazione del quale sono chiamate a partecipare le Associazioni sindacali provinciali del personale. Le norme generali cui detti regolamenti dovranno ispirarsi sono:

1°) la fissazione della retribuzione minima garantita per i dipendenti appartenenti all'ultima categoria o grado del personale;

2°) il mantenimento del criterio della equa proporzione fra la retribuzione dei dipendenti appartenenti all'ultima categoria o grado del personale stabilita dall'Ente e la retribuzione delle altre categorie o gradi superiori;

3°) l'estensione dei benefici derivanti dagli accordi nazionali, regionali e provinciali tra i rappresentanti delle Associazioni delle amministrazioni ospedaliere e le Associazioni sindacali del personale;

4°) la costituzione della Commissione di disciplina per i dipendenti, delle Commissioni giudicatrici per i concorsi e della Com-

missione sulle conferme, i turni di servizio, i trasferimenti di personale, le promozioni, le aspettative, i collocamenti a riposo e le dispense dal servizio, con la partecipazione dei rappresentanti delle Associazioni sindacali più rappresentative del personale;

5°) l'inquadramento del personale nelle carriere con ruoli aperti.

CAPO II.

PERSONALE SANITARIO

ART. 52.

La pianta organica del personale sanitario non può per nessuna ragione prescindere dalle seguenti norme:

a) gli ospedali generali devono fissare un numero di posti biennali adeguato alla categoria di appartenenza per medici allievi interni;

b) la divisione degli ospedali generali centrali e specializzati di prima categoria è retta da un primario coadiuvato da aiuti e da assistenti in numero tale da soddisfare le proporzioni di un assistente ogni 20 posti-letto;

c) la divisione degli ospedali generali circoscrizionali e specialistici di seconda categoria è retta da un primario coadiuvato da due aiuti e da assistenti in numero di uno per ogni sezione;

d) la divisione degli ospedali generali è retta da un primario coadiuvato da un aiuto e da assistenti in numero di uno ogni sezione;

e) la divisione degli ospedali per malati lungo degenti è retta da un primario coadiuvato da un aiuto e da assistenti in numero di uno per ogni sezione;

f) gli Istituti, i Centri di prima e seconda categoria sono retti da direttori coadiuvati da aiuti e da assistenti in numero appropriato al lavoro dell'Istituto stesso;

g) i servizi degli ospedali di terza categoria sono retti da direttori che possono essere coadiuvati da assistenti qualora il lavoro lo richieda;

h) le farmacie degli ospedali generali sono rette da direttori coadiuvati da un vice direttore addetto al laboratorio di preparazioni galeniche negli ospedali di prima categoria o da farmacisti aggiunti in numero appropriato al lavoro della farmacia stessa;

i) negli ospedali di seconda categoria gli Istituti di radiologia e fisioterapia e quelli di anatomia patologica e laboratorio di ricerche cliniche, possono essere abbinati alle dipendenze di un unico direttore. Altri abbinamenti sono assolutamente vietati.

ART. 53.

Il personale ospedaliero acquista la stabilità dopo un anno di prova, trascorso il quale l'amministrazione, entro il termine massimo di 6 mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione.

La delibera di dimissione deve essere motivata.

Contro la dimissione può essere presentato ricorso direttamente al Comitato ospedaliero regionale ed in seconda istanza alla Sezione per il servizio ospedaliero del Consiglio superiore di sanità.

Tutto il personale sanitario che ha acquistato la stabilità rimane in carica sino al raggiungimento del 65° anno di età.

ART. 54.

Tutto il personale deve essere assicurato contro gli infortuni riportati in servizio o per cause derivanti da servizio.

Una speciale assicurazione che comprende tutti i rischi derivanti dalle radiazioni deve coprire tutto il personale addetto ai servizi radiologici.

ART. 55.

Il personale che lascia il servizio volontariamente senza aver raggiunto il minimo di età pensionabile, ha facoltà di continuare a corrispondere alla Cassa di previdenza alla quale è assicurato le quote relative nella misura dell'ultimo versamento, comprendente anche la parte che era a carico dell'amministrazione ospedaliera da cui il personale stesso dipendeva.

ART. 56.

I medici ospedalieri sono omologati, dal punto di vista del trattamento economico, alla categoria direttiva dell'I.N.A.I.L., secondo i seguenti criteri:

Sovrintendente sanitario	1° grado;
Direttore sanitario	2° grado;
Primario o Vice Direttore- sanitario	3° grado;
Aiuto	4° grado;
Assistente	5° grado.

Ai primari, aiuti e assistenti spetta una indennità di ridotta attività professionale.

Ai medici ospedalieri spettano altre particolari indennità, di camera operatoria, di ricerca scientifica, ecc., che saranno oggetto di trattative sindacali tra le parti interessate.

ART. 57.

Gli ospedali generali, specializzati e per malati lungo degenti di 1^a e 2^a categoria, devono avere un direttore sanitario. La nomina viene conferita dal Consiglio di amministrazione dell'ospedale mediante concorso.

Il direttore sanitario cura il buon andamento e l'efficienza dell'ospedale sotto l'aspetto igienico-sanitario. Egli è personalmente responsabile del buon funzionamento dell'ospedale e a tal fine ha i necessari poteri per gli eventuali trasferimenti di medici e del personale dall'uno all'altro reparto, qualora lo impongano esigenze funzionali altrimenti irrisolvibili. Il direttore sanitario avrà cura di contemperare al massimo tali esigenze con la necessità di un lavoro preordinato ed affiatato del primario e dei suoi collaboratori in ogni singolo reparto. Egli ha inoltre le seguenti attribuzioni:

a) partecipa alle riunioni dell'Amministrazione dell'ospedale con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale dell'adunanza;

b) stabilisce e sottopone all'Amministrazione le norme interne per l'organizzazione dei servizi sanitari, l'impiego del personale e gli orari di servizio del personale stesso, dei gabinetti, ambulatori, accesso del pubblico, ecc.;

c) ha l'alta sorveglianza sul personale sanitario e di assistenza immediata ed ausiliaria;

d) stabilisce in accordo coi primari, e in rapporto alle esigenze di servizio, i turni di riposo settimanali ed i congedi del personale di assistenza, dandone comunicazione all'Amministrazione;

e) propone all'Amministrazione i provvedimenti per le eventuali sostituzioni temporanee del personale di cura e di assistenza e per la nomina del personale di assistenza;

f) informa l'Amministrazione delle variazioni relative al personale sanitario, avendo cura che siano annotate negli stati di servizio personale;

g) esprime con relazione motivata il proprio parere sulle eventuali conferme e sugli incarichi dei sanitari e del personale di assistenza e sui provvedimenti che a loro favore e a loro carico deve prendere l'Amministrazione;

h) ha cura che i sanitari redigano relazioni annuali sull'andamento sanitario di competenza e con le proprie annotazioni le trasmette all'Amministrazione;

i) convoca, una volta al mese, i primari e i direttori di Istituto, di Centro, di Servizio e il direttore di farmacia, il segretario della Commissione interna perchè riferiscano sul servizio e i compiti di loro competenza avendo cura che di queste riunioni venga redatto relativo verbale da trasmettersi all'Amministrazione;

l) promuove le attività culturali e scientifiche del personale sanitario e dirige la biblioteca;

m) ha cura della raccolta e del coordinamento dei dati statistici e scientifici dell'ospedale e ne presenta annualmente relazione all'Amministrazione;

n) propone la scelta e l'acquisto di apparecchi e attrezzature ad uso sanitario; l'arredamento ed il corredo dei reparti ospedalieri e controlla qualsiasi provvista necessaria alla gestione ospedaliera;

o) controlla l'applicazione delle diarie e tariffe di degenza, operatorie, ambulatoriali, ecc. stabilite dall'Amministrazione e approvate dal Comitato Ospedaliero Regionale.

p) vigila sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero e prende provvedimenti adeguati di sua competenza, vigila sull'andamento igienico di tutti i servizi ospedalieri con speciale riguardo all'efficienza delle attrezzature, informa il medico provinciale e l'ufficio sanitario di tutto ciò che può interessare la tutela della salute pubblica e cura la sollecita trasmissione all'ufficiale sanitario medesimo della denuncia dei casi di malattie infettive diagnosticate, accertate o sospette, riscontrate negli ambulatori e nei malati accolti nell'Ospedale, nonchè di tutte le altre denunce previste dalle vigenti disposizioni;

q) redige una relazione organica annuale su tutto l'andamento dell'istituto.

ART. 58.

Gli ospedali generali di 1ª categoria, oltre il direttore sanitario devono avere anche il vice direttore sanitario le cui attribuzioni saranno determinate da apposito regolamento per ogni singolo ospedale.

La nomina viene conferita dal Consiglio di amministrazione per « chiamata » fra i sanitari abilitati al concorso nazionale per direttori sanitari.

ART. 59.

Il limite di età per essere chiamati ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali centrali, circoscrizionali e specializzati di 1ª categoria è di anni 50; tale limite

si applica per i direttori sanitari degli ospedali e degli ospedali specializzati di 2^a categoria e per i vice direttori sanitari di 1^a categoria in servizio.

Il limite di età per essere chiamati ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali e di ospedali specializzati di 2^a categoria o per essere nominati vice direttore sanitario è di anni 45.

ART. 60.

Il primario dirige una «divisione» di medicina o di chirurgia o di specialità; il direttore dirige un Istituto o un Centro o un Servizio.

Il nuovo rapporto «a pieno tempo» che i primari contraggono con le Amministrazioni ospedaliere esige da essi che sia dato il massimo impulso all'attività lavorativa ospedaliera, intesa sia come direzione del reparto e come soluzione dei problemi diagnostico-terapeutici, sia come attività clinico-scientifica. I primari hanno le seguenti attribuzioni:

a) vigilare sul buon andamento e l'efficienza dei servizi igienici e sulla disciplina del personale assegnato alla propria divisione o istituto;

b) osservare e far osservare dal personale sanitario dipendente il pieno orario di servizio secondo quanto disposto dal direttore sanitario, visitare giornalmente gli ammalati ricoverati, formulare la diagnosi, prescrivere il tipo dietetico e determinare il trattamento terapeutico pertinente ai singoli ricoverati controllando che le prescrizioni date vengano eseguite;

c) dirigere i servizi di pronto soccorso e di ambulatorio, conformemente alle disposizioni ed i turni stabiliti dal direttore sanitario;

d) assicurarsi che gli ammalati ammessi nella divisione abbiano necessità di ricovero in ospedale e che la degenza non si prolunghi oltre il tempo necessario alla cura;

e) curare, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta delle cartelle cliniche e dei registri;

f) fare le richieste dei materiali di corredo alla divisione e dell'istituto e vigilare sulla conservazione di essi;

g) prestarsi alle consulenze richieste dai dirigenti di altri reparti e dal Direttore sanitario;

h) curare l'aggiornamento scientifico e l'addestramento tecnico degli aiuti, degli assistenti e dei medici assumendo la responsabilità delle loro prestazioni.

L'orario di lavoro dei primari è fissato in sei ore di servizio giornaliero, per sei giorni la settimana.

ART. 61.

Gli aiuti si distinguono in aiuti medici, aiuti chirurgici, aiuti di specialità e aiuti di Istituti o di Centri.

L'aiuto coadiuva il primario o il direttore nel disimpegno delle sue mansioni, anche per quanto riguarda la vigilanza igienica e disciplinare, lo coadiuva nel servizio di ambulatorio, lo rappresenta e lo sostituisce nelle assenze.

Informa il primario sull'andamento dei servizi, lo stato dei degenti, cura l'osservanza delle disposizioni stabilite dal primario, vigila sulle ricerche specialistiche e di laboratorio, partecipa al servizio di guardia e a quello del pronto soccorso.

L'aiuto è altresì tenuto ad osservare l'orario di turno antimeridiano e pomeridiano stabilito dall'Amministrazione per la durata complessiva di 7 ore.

ART. 62.

Gli assistenti si distinguono in assistenti medico-chirurgici, assistenti di specialità e assistenti di Istituti o di Centri o Servizi.

L'assistente è alle dirette dipendenze del primario o del direttore e dell'aiuto per tutto quanto riguarda il servizio di Reparto o di Istituto.

L'assistente è tenuto a fare il servizio di guardia interna e di pronto soccorso (guardia esterna) e di accettazione dei malati, nonché ad eseguire altri incarichi, in conformità delle disposizioni della direzione sanitaria. Per il servizio di guardia è prevista una retribuzione particolare.

L'assistente deve osservare l'orario di servizio stabilito dall'Amministrazione per almeno 7 ore complessive, per 6 giorni la settimana.

ART. 63.

Tutti i laureati in chirurgia e medicina possono, dopo la laurea, frequentare gli ospedali per un periodo di due anni con la qualifica di « medici interni ». I medici interni compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario, sono alle dipendenze dell'aiuto e degli assistenti, hanno un obbligo di presenza di sei ore giornaliero. I candidati devono presentare domande scritte al Consiglio ospedaliero regionale, indicando chiaramente un elenco degli ospedali della

Regione in ordine preferenziale. Una graduatoria, basata sul voto finale di laurea, sui voti riportati in ogni singolo esame e su altri eventuali titoli già acquisiti, dovrà selezionare la scelta degli ospedali da parte dei vari candidati. Il candidato non deve aver superato il trentaduesimo anno di età, deve avere assolto agli obblighi militari ed aver residenza nella provincia dove ha sede l'ospedale presso il quale desidera compiere il tirocinio. L'iscrizione in tutti gli albi mutualistici è possibile solo dopo un anno di internato negli ospedali ed è resa definitiva alla fine del secondo anno.

ART. 64.

Al medico interno viene assicurato il vitto, l'alloggio e lo stipendio minimo di lire 50.000. Egli ha diritto durante il biennio ad un periodo di congedo annuo ordinario di 30 giorni regolarmente pagato. Egli ha diritto ad una libera attività professionale al di fuori dell'orario di lavoro.

ART. 65.

La domanda di ammissione al tirocinio deve essere presentata al Comitato Ospedaliero Regionale non oltre il 30 novembre di ogni anno.

Il tirocinio avrà inizio il giorno 2 gennaio di ogni anno.

Al termine del periodo di tirocinio presso ogni divisione (medica, chirurgica, ostetrica), il primario, cui è stato affidato il medico interno, deve redigere le note caratteristiche individuali; al termine del biennio il direttore sanitario dell'ospedale accompagnerà le qualifiche date dai singoli primari con un verbale personale.

Tale documentazione sarà trasmessa direttamente al Comitato Ospedaliero Regionale.

ART. 66.

Il direttore della farmacia ha la direzione della farmacia interna con annesso laboratorio per le preparazioni galeniche negli ospedali Centrali, circoscrizionali e specializzati di 1ª categoria e della sola farmacia negli ospedali e negli ospedali specializzati di 2ª categoria.

Il direttore ha le seguenti attribuzioni:
a) propone al direttore sanitario le provviste e il rifornimento dei medicinali, del materiale di medicazione e di altro materiale sanitario:

b) vigila sulle scorte dei medicinali delle divisioni degli ospedali;

c) vigila sulla regolare tenuta del registro di carico e scarico del materiale di dotazione della farmacia, nonché dei medicinali e degli altri presidi curativi in provvista;

d) cura l'osservanza da parte del personale dipendente delle disposizioni legislative e regolamentari, specie per quanto riguarda gli stupefacenti ed i veleni;

e) vigila sull'operosità e disciplina del personale assegnato alla farmacia e risponde sull'andamento del servizio, nonché del materiale in deposito.

ART. 67.

La nomina del direttore di farmacia viene conferita dal Consiglio di amministrazione per concorso per soli titoli fra i farmacisti abilitati al concorso nazionale per direttori di farmacia.

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia negli ospedali centrali e specializzati di 1^a categoria è di anni 50; tale limite non si applica per i direttori di farmacia degli altri ospedali per i vice direttori di servizio.

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia in ospedali circoscrizionali e specializzati di 2^a categoria è di anni 45.

ART. 68.

Il vice direttore di farmacia è un coadiutore del direttore in tutti i settori della farmacia e in caso di assenza di quest'ultimo lo sostituisce a tutti gli effetti; in particolare però ha la responsabilità diretta del laboratorio di preparazioni galeniche, del servizio di controllo dei medicinali, nonché delle analisi.

La nomina di vice direttore di farmacia viene conferita dal Consiglio di amministrazione per concorso per soli titoli fra i farmacisti abilitati al concorso nazionale per direttori di farmacia.

Il limite di età per concorrere al posto di vice direttore di farmacia in ospedale centrali e specializzati di 1^a categoria è di anni 45.

ART. 69.

I farmacisti aggiunti, sotto la vigilanza del direttore della farmacia, provvedono alla preparazione dei farmaci e alle mansioni di spettanza.

La nomina di farmacista viene conferita per concorso per soli titoli fra i farmacisti aggiunti.

Il limite di età per concorrere al posto di farmacista aggiunto presso ospedali di 1ª e 2ª categoria è di anni 40.

ART. 70.

Le ostetriche coadiuvano i sanitari addetti al reparto ostetrico-ginecologico.

Sono nominate dall'Amministrazione ospedaliera su proposta del direttore sanitario. Il limite di età per essere assunte in servizio è di 30 anni.

Alle ostetriche in servizio presso ospedali non è consentita la libera professione.

ART. 71.

Allo scopo di assicurare l'assistenza ad ogni divisione deve essere assegnata una infermiera professionale con qualifica di caposala per ogni 20 ammalati.

Il capo-sala è coadiuvato dal personale di assistenza il cui numero viene stabilito dal direttore sanitario, sentito il Collegio sanitario.

ART. 72.

La carriera del personale sanitario ospedaliero si svolge attraverso concorsi nazionali, regionali e provinciali che abilitano ad occupare determinati gradi nell'ambito degli ospedali.

Detti concorsi si svolgono per titoli ed esami ed hanno luogo annualmente in unica sessione nel mese di febbraio.

I requisiti per ottenere l'ammissione al concorso devono essere posseduti prima della scadenza del termine utile per la presentazione delle domande e precisamente entro il 31 dicembre di ogni anno. Ai concorsi ospedalieri possono partecipare tutti i medici provenienti da qualunque altra attività in possesso dei requisiti indicati dalla presente legge.

I concorsi si suddividono:

- a) concorso nazionale per direttori sanitari;
- b) concorso nazionale per primari e direttori di Istituto, Centro e Servizio;
- c) concorso nazionale per direttori di farmacia;
- d) concorso regionale per aiuti di ospedali centrali, circoscrizionali e specializzati di 1ª categoria;

IV LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

e) concorso regionale per farmacisti aggiunti;

f) concorso provinciale per aiuti di ospedali e di ospedali specializzati di 2^a categoria;

g) concorso provinciale per assistenti

ART. 73.

Non può essere dichiarato abilitato il concorrente che non abbia ottenuto sette decimi sul totale dei punti di cui dispone la commissione giudicatrice e almeno sei decimi dei punti in ciascuna delle prove in esame.

Nei concorsi, la valutazione dei titoli deve aver luogo prima dell'inizio delle prove d'esame.

ART. 74.

Le norme relative alle Commissioni giudicatrici dei concorsi nazionali, regionali e provinciali previsti dalla presente legge, alla valutazione dei titoli, ai punteggi e alle modalità delle varie prove di esame saranno oggetto di apposito regolamento integrativo redatto dalla Sezione per il Servizio ospedaliero del Consiglio Superiore di sanità.

ART. 75.

L'elenco degli «abilitati» viene pubblicato in ordine alfabetico sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, senza alcuna indicazione del punteggio riportato.

Agli abilitati viene consegnato un «certificato di abilitazione» che non deve riportare la votazione conseguita nell'esame di abilitazione.

ART. 76.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale per abilitazione per direttori sanitari di ospedale.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno sei anni che abbiano prestato servizio di assistente o di aiuto in laboratori di indagini cliniche di ospedali o in istituti universitari di igiene, che siano in possesso del titolo di specialista di igiene pubblica o di igiene e tecnica ospedaliera e che non abbiano superato il 45° anno di età.

ART. 77.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale di abilitazione per primari e direttori di Istituti, Centri e Servizi

Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali centrali e ospedali specializzati di 1^a categoria i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 10 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione nella stessa specialità, per primari o direttori di ospedali circoscrizionali e ospedali specializzati di 2^a categoria o per aiuti di ospedali centrali od ospedali specializzati di 1^a categoria che non abbiano superato il 50° anno di età, che abbiano prestato servizio come aiuto o assistente effettivo in ospedali centrali o specializzati di 1^a categoria o in cliniche universitarie per almeno 6 anni, in ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria per almeno 8 anni. Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione da almeno 8 anni che abbiano conseguito l'abilitazione, nella stessa specialità, per aiuti in ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria, che abbiano prestato servizio come assistente effettivo in ospedali o cliniche universitarie per almeno 5 anni, che non abbiano superato il 50° anno di età.

ART. 78.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, vengono indetti concorsi regionali di abilitazione per aiuti di ospedali centrali o specializzati di 1^a categoria.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 6 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione nella stessa specialità per aiuti di ospedali o per assistenti che abbiano prestato servizio come assistenti effettivi in ospedali o cliniche universitarie per almeno 4 anni, che non abbiano superato il 45° anno di età.

ART. 79.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repub-

blica, vengono indetti concorsi provinciali di abilitazione per aiuti di ospedali o di ospedali specializzati di 2ª categoria.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 4 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione per assistente nella specialità di cui si intende ottenere l'abilitazione, che abbiano prestato servizio come assistente effettivo in ospedali o cliniche universitarie per almeno 2 anni, che non abbiano superato il 40º anno di età.

ART. 80.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con un unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, vengono indetti concorsi provinciali di abilitazione per assistenti medico-chirurghi e di specialisti.

Possono partecipare ai concorsi i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione, che abbiano regolarmente compiuto il biennio ospedaliero propedeutico come previsto dalla presente legge, e che non abbiano superato il 35º anno di età.

ART. 81.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale di abilitazione per direttore di farmacia.

Possono partecipare al concorso i laureati in farmacia, ovvero i laureati in chimica con diploma in farmacia, abilitati nell'esercizio delle professioni da almeno 10 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione a farmacista aggiunto, che abbiano prestato servizio presso una farmacia di ospedale o industria farmaceutica o Istituto universitario per almeno 5 anni, che non abbiano superato il 45º anno di età.

ART. 82.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con un unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso regionale di abilitazione per farmacisti aggiunti.

Possono partecipare al concorso i laureati in farmacia o in chimica e farmacia ovvero laureati in chimica con diploma in farmacia, ovvero laureati in chimica e in farmacia, abilitati all'esercizio della professione, che abbiano prestato servizio presso una far-

macia di ospedali o industria farmaceutica o Istituto universitario per almeno 2 anni, che non abbiano superato il 35° anno di età.

ART. 83.

Tutto il personale sanitario viene assunto in servizio di ruolo presso gli ospedali mediante un concorso per titoli.

ART. 84.

Ogni semestre le singole Amministrazioni ospedaliere devono segnalare al Comitato Ospedaliero Regionali il numero ed il tipo dei posti resisi vacanti nell'organico del personale sanitario dell'ospedale durante il periodo suddetto.

Il Comitato Ospedaliero Regionale bandisce, nel più breve tempo possibile, un concorso nazionale per titoli, curandone la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica. Il termine utile per la presentazione delle domande scade alla mezzanotte del 30° giorno dalla pubblicazione del bando, iniziando la conta dal giorno esposto nella data del fascicolo della *Gazzetta Ufficiale*.

ART. 85.

I criteri di valutazione dei titoli di carriera e dei titoli scientifici nei vari concorsi per titoli per l'assunzione del personale medico negli ospedali saranno oggetto di apposito regolamento integrativo.

Il Consiglio di amministrazione dell'ospedale, presa visione del verbale del concorso, nomina il primo classificato.

Dopo la nomina, i verbali del concorso sono posti a disposizione di chiunque abbia interesse a consultarli.

Eventuali ricorsi al Consiglio di Stato devono essere presentati entro 30 giorni dalla nomina del vincitore e non hanno effetto sospensivo sulla nomina stessa.

CAPO III

PERSONALE NON SANITARIO
E AUSILIARIO

ART. 86.

In ogni ospedale funziona una Commissione di rappresentanza del personale dipendente, eletta dallo stesso con voto segreto.

La Commissione ha il compito di controllare l'applicazione delle leggi, delle disposi-

zioni e degli accordi sindacali riguardanti il rapporto di lavoro del personale dipendente. Essa ha il compito, inoltre, di vigilare sui reattori ed i servizi di igiene messi a disposizione dell'Amministrazione per il personale.

Un locale è messo a disposizione permanente per il funzionamento della Commissione interna di rappresentanza del personale.

Il segretario della Commissione tiene i contatti con il direttore sanitario e con l'Amministrazione.

ART. 87.

A norma dell'articolo 133 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e degli ospedali specializzati devono predisporre locali idonei per l'istituzione e il funzionamento di una scuola per infermieri professionali di ambo i sessi.

Per la istituzione della scuola sopra indicata le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di stipulare convenzioni con gli Enti indicati nell'articolo 130 del citato testo unico così pure per quanto riguarda il loro funzionamento.

Gli infermieri generici ai sensi della legge 29 ottobre 1954 n. 1046 previa frequenza di un anno della scuola convitto professionale sono ammessi agli esami per il conseguimento del titolo di infermiere professionale.

Chi abbia prestato attività per un quadriennio in ospedale in qualità di infermiere generico ha diritto di partecipare all'esame teorico-pratico della scuola convitto professionale.

ART. 88.

A norma della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e circoscrizionali e degli ospedali specializzati di 1^a e 2^a categoria devono disporre di locali per l'istituzione ed il funzionamento di una scuola per infermiere ed infermieri generici.

ART. 89.

Le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e degli ospedali specializzati di 1^a categoria debbono provvedere ad istituire annualmente corsi teorico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici o di preparatori.

La regolamentazione relativa alla durata dei corsi, ai programmi, alle prove, alle Commissioni di esame, è soggetta ad approvazione del Ministero della sanità.

Agli aspiranti che superano gli esami verrà rilasciato un diploma valevole presso qualsiasi ospedale.

ART. 90.

Il lavoro e il servizio eseguito dagli allievi e dalle allieve delle scuole per infermieri (professionali e generici) delle scuole per assistenti tecnici e preparatori ha diritto ad adeguato compenso.

ART. 91.

È abolita ogni forma di collegiamento del personale ospedaliero.

Eventuale collegiamento di personale deve essere regolato volontariamente con i Sindacati di categoria.

ART. 92.

All'onere derivante dalla presente legge per le somme da destinare al fondo nazionale di cui all'articolo 36 si provvede con l'aumento dell'aliquota dal 15 al 20 per cento della imposta di cui all'articolo 146 del testo unico delle leggi sulle imposte dirette di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 29 gennaio 1958, n. 645, per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni, determinato ai sensi dell'articolo 147.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

ART. 93.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge tutti gli statuti e gli organici degli ospedali pubblici dovranno essere adeguati alle presenti norme.